

همراهی تمایل به درمان ارتودنسی با کیفیت زندگی مرتبط با آن در نوجوانان ۱۴-۱۰ ساله‌ی شیراز

دکتر شهلا مؤمنی دانایی^۱، دکتر روژین سلیمان‌زاده^{*}، دکتر نجمه محمدی^۲، دکتر سلیمان فیجان^۲

چکیده

مقدمه: پرسش‌نامه‌ی Orthognathic Quality of Life (OQOL)، کیفیت زندگی را در پنج حیطه‌ی مرتبط با شرایط دندانی- صورتی ارزیابی می‌کند. در مطالعه‌ی حاضر، رابطه‌ی میان تمایل به درمان ارتودنسی با این حیطه‌ها در دانش آموزان ۱۴-۱۰ ساله‌ی شیراز مورد بررسی قرار گرفت.

مواد و روش‌ها: این مطالعه به صورت مقطعی- تحلیلی انجام شد. ۲۴۰ نفر از دانش آموزان واجد شرایط با معاینه‌ی بالینی از میان دانش آموزان ۱۴-۱۰ ساله‌ی چهار ناحیه‌ی آموزشی شیراز انتخاب شدند. برای بررسی پنج حیطه‌ی کیفیت زندگی ارتوگناتیک از ترجمه‌ی فارسی پرسش‌نامه‌ی OQOL استفاده شد. دانش‌آموزان پس از تکمیل پرسش‌نامه، تمایل مثبت یا منفی خود را به درمان ارتودنسی با جواب بلی یا خیر مشخص نمودند و بر این اساس به دو گروه مورد (۱۱۳ جواب بلی) و کنترل (۱۲۷ جواب خیر) تقسیم شدند. نتایج با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۵ و با آزمون Nonparametric Mann-Whitney مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت ($\alpha = 0/05$).

یافته‌ها: اختلاف دو گروه مورد مطالعه در سه حیطه شامل "اعتماد به نفس" ($p \text{ value} = 0/009$)، "آگاهی از زیبایی دندانی- صورتی" ($p \text{ value} = 0/018$) و "زیبایی دندانی- صورتی" ($p \text{ value} = 0/023$) از نظر آماری معنی‌دار بود. در دو حیطه‌ی دیگر یعنی "جنبه‌ی اجتماعی" ($p \text{ value} = 0/070$) و "عملکرد دهانی" ($p \text{ value} = 0/154$) اختلاف بین دو گروه مورد و کنترل معنی‌دار نبود.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج مطالعه‌ی حاضر، اعتماد به نفس، زیبایی دندانی- صورتی و آگاهی از زیبایی دندانی- صورتی، عوامل مؤثر در کیفیت زندگی نوجوانان هستند که در ایجاد تمایل به درمان ارتودنسی نقش دارند.

کلید واژه‌ها: کیفیت زندگی، مال اکلوژن، نوجوان

* دستیار تخصصی، گروه دندان‌پزشکی کودکان، دانشکده دندان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران (مؤلف مسؤول)

soleymanzade.r@gmail.com

۱: استاد، گروه ارتودنسی، دانشکده دندان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

۲: دستیار تخصصی، گروه دندان‌پزشکی کودکان، دانشکده دندان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

این مقاله در تاریخ ۹۱/۱۲/۳ به دفتر مجله رسیده، در تاریخ ۹۲/۴/۲۶ اصلاح شده و در تاریخ ۹۲/۵/۱ تأیید گردیده است.

مجله دانشکده دندان‌پزشکی اصفهان
۹۱۳۹۲، ۹(۵): ۴۴۲ تا ۴۵۰

مقدمه

کیفیت زندگی به عنوان احساس یک فرد از وضعیت رفاهی خویش که ناشی از رضایت یا عدم رضایت او از جنبه‌های مهم زندگی‌اش است، تعریف می‌شود [۱]. یکی از جنبه‌های کیفیت زندگی، ارتباط آن با سلامت است که تأثیر واقعی سلامت و بیماری را روی کیفیت زندگی نشان می‌دهد. در این رابطه و به‌طور اختصاصی‌تر، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهانی مطرح است که این‌گونه تعریف می‌شود: "عدم تأثیر منفی شرایط دهانی روی زندگی اجتماعی و احساس مثبت فرد از شرایط دندانی - صورتی خود" [۲]. مطالعات نشان داده‌اند که مشکلات دهان و دندان روی جنبه‌های روانی، اجتماعی و وضعیت جسمی بیمار اثرگذار هستند و مشخصاً می‌توانند کیفیت زندگی و جنبه‌های مهم زندگی فرد را از طریق اختلال در حضور اجتماعی و روابط بین فردی، تحت تأثیر قرار دهند [۳، ۴].

مشکلات دهان و دندان از جمله مال‌اکلوژن‌ها شیوع زیادی دارند و بر جنبه‌های فیزیکی، اقتصادی، اجتماعی و روانی افراد تأثیرگذارند [۵]. اغلب افراد دارای مال‌اکلوژن، در موقعیت‌های اجتماعی احساس خجالت می‌کنند و ممکن است برداشت‌هایی فردی مرتبط با ظاهر صورتی - دندانی خود داشته باشند [۶، ۷]. بنابراین این انتظار که درمان ارتودنسی منجر به تقویت اعتماد به نفس و کاهش اضطراب در موقعیت‌های اجتماعی شود، منطقی به‌نظر می‌رسد [۸، ۹]. در واقع درک تأثیرات فیزیکی، روانی و اجتماعی مال‌اکلوژن‌ها و اثر آن بر روی کیفیت زندگی وابسته به سلامت دهانی، توجه و دقت بیش‌تری را می‌طلبد. با درک تأثیر مال‌اکلوژن روی زندگی افراد، امکان درک تقاضای درمان ارتودنسی فراتر از فاکتورهای کلینیکی و تشخیص کلینیسی فراهم می‌شود [۷]. به عبارت دیگر می‌توان گفت درک و دریافت افراد مختلف از مال‌اکلوژن متفاوت است و ممکن است آگاهی یک فرد از وجود مال‌اکلوژن، به شدت آن ربطی نداشته باشد [۱۰]. همین تفاوت‌هاست که باعث ایجاد تفاوت در تقاضای درمان ارتودنسی توسط افراد مختلف می‌شود [۱۱].

تأثیر مال‌اکلوژن بر فعالیت‌های اجتماعی و کارایی فرد در جامعه در سنین مختلف، متفاوت است. مطالعه‌ی صادقان و همکاران [۱۲] نشان داد که عزت‌نفس و خودپنداره‌ی دانشجویان ۲۵-۱۸ ساله، ارتباطی با ناهنجاری‌های دندانی - فکی آن‌ها ندارد. در مطالعاتی که

در گروه‌های سنی پایین‌تر انجام شد، ناهنجاری‌های دندانی - فکی بر کیفیت زندگی تأثیر معنی‌داری داشتند [۱۵-۱۳]. توجه دندان‌پزشکان به تمایل بیماران ارتودنسی به درمان در برقراری ارتباط مؤثر با بیمار، کمک‌کننده خواهد بود. عوامل مختلفی می‌تواند در پیدایش تمایل به درمان ارتودنسی تأثیرگذار باشد. شناخت این عوامل و نگرش بیمار به آنها، نقش مهمی را در افزایش رضایت بیمار از درمان ارتودنسی خواهد داشت. این موضوع به‌ویژه در اوایل دوران نوجوانی که با افزایش توجه فرد به ظاهر خود همراه می‌شود، دارای اهمیت است [۱۶].

پرسش‌نامه‌های سنجش کیفیت زندگی که از روایی و پایایی مناسبی در ارزیابی اختصاصی شرایط مؤثر بر زندگی برخوردارند، ابزارهای مفیدی در غربالگری و شناخت بهتر جوامع و بیماران هستند. با استفاده از این ابزارها عواملی که اثر بارزی بر کیفیت زندگی افراد دارند شناسایی می‌شوند و توجه و رسیدگی به آنها در اولویت قرار می‌گیرد. توجه به عوامل مؤثر در تصمیم‌گیری فرد برای تقاضای درمان ارتودنسی و در نظر داشتن این عوامل در اولویت‌بندی درمان‌ها منجر به جلب همکاری و اعتماد بیمار می‌شود. این امر در فرآیندهای درمانی طولانی‌مدت اهمیت بیش‌تری می‌یابد [۱۷].

پرسش‌نامه‌ی OQoL (Orthognathic Quality of Life) توسط Cunningham به‌عنوان ابزاری مناسب برای سنجش کیفیت زندگی وابسته به شرایط ارتوگناتیک معرفی شده است [۱۸، ۱۹]. این پرسش‌نامه، حاوی ۲۲ سؤال است و چهار حیطه‌ی مختلف کیفیت زندگی وابسته به شرایط ارتوگناتیک شامل جنبه‌ی اجتماعی، زیبایی دندانی - صورتی، عملکرد دهانی و آگاهی از زیبایی دهانی - صورتی را در بر می‌گیرد. روایی و پایایی ترجمه‌ی فارسی این پرسش‌نامه، مورد ارزیابی و تأیید قرار گرفته است و نشان داده شده که بر اساس پیوستگی میان سؤال‌های آن می‌توان علاوه بر چهار حیطه‌ی مذکور در پرسش‌نامه‌ی اصلی، جنبه‌ای دیگر از کیفیت زندگی را تحت عنوان "اعتماد به نفس" نیز بررسی نمود [۲۰]. Klages و همکاران [۲۱] در مطالعه‌ی خود از پرسش‌نامه‌ی OQOL استفاده کردند و نتیجه‌گیری کردند که این پرسش‌نامه بیش‌تر از سایر مقیاس‌های سنجش کیفیت زندگی وابسته به سلامت دهانی، تأثیر روانی زیبایی دندانی را در نظر گرفته است.

پاسخ دادند به طوری که کمترین امتیاز یعنی "۰" به این معنی بود که "موضوع سؤال در مورد شما صادق نیست یا این که به هیچ عنوان شما را آزار نمی‌دهد" و "۴" که بیشترین امتیاز است به این معنی بود که "موضوع سؤال شما را بسیار زیاد آزار می‌دهد". بنابراین هر چه مجموع امتیازات در یک حیطه کمتر باشد کیفیت زندگی فرد در آن حیطه بهتر است.

در پایان پرسش‌نامه، سؤالی از شرکت کنندگان پرسیده شد مبنی بر این که "آیا تمایل به انجام درمان ارتودنسی برای بهبود شرایط فکی - دندان‌ی و یا بهبود زیبایی ظاهری خود دارند؟" و از آن‌ها خواسته شد که با جواب بلی یا خیر پاسخ دهند. بر این اساس شرکت کنندگان در مطالعه به دو گروه تقسیم شدند؛ شرکت کنندگانی که جواب بلی دادند در گروه مورد و آن‌هایی که جوابشان خیر بود در گروه کنترل قرار گرفتند. میانگین مجموع امتیازات به دست آمده در هر حیطه، به طور جداگانه بین دو گروه مقایسه شد. به این منظور، آزمون آماری Mann-Whitney با سطح معنی‌داری $p \text{ value} \leq 0.05$ مورد استفاده قرار گرفت.

یافته‌ها

فرض صفر در مطالعه حاضر به این شرح بود: تفاوت آماری معنی‌داری در میانگین امتیاز به دست آمده در هیچ یک از حیطه‌های بررسی کیفیت زندگی بین دو گروه مورد مطالعه (تمایل به درمان و عدم تمایل به درمان) وجود ندارد. برای آزمون این فرض، میانگین امتیازهای به دست آمده در هریک از حیطه‌های پرسش‌نامه به طور جداگانه محاسبه گردید و با استفاده از آزمون آماری Mann-Whitney بین دو گروه مورد مطالعه در سه حیطه از پنج حیطه‌ی مورد بررسی، اختلاف آماری معنی‌داری با هم داشتند (جدول ۲). داده‌های مطالعه بر اساس جنسیت در جدول ۳ نشان می‌دهد که در دختران تفاوت معنی‌داری میان دو گروه مورد و کنترل تنها در حیطه‌ی چهارم یعنی "آگاهی از زیبایی دندان‌ی - صورتی" دیده شد. اما در پسران در حیطه‌های سوم و پنجم که عبارتند از "عملکرد دهانی" و "زیبایی دندان‌ی - صورتی" بین دو گروه مورد مطالعه تفاوت معنی‌داری دیده شد (جدول ۳). ارتباط میان تمایل به ارتودنسی با پنج حیطه کیفیت زندگی ارتوگناتیک در دانش آموزان ۱۴-۱۰ ساله شیراز در سال ۱۳۹۱ در نمودار ۱ نشان داده شده است.

علی‌رغم این که شاخص‌های بیمار محور به تنهایی قابلیت تعیین نیاز به درمان ارتودنسی را ندارند، کاربرد آن‌ها در کنار روش‌های حرفه‌ای جهت تشخیص نیاز به درمان ارتودنسی ضروری می‌باشد [۲۲]. این مطالعه با هدف بررسی تأثیر جنبه‌های مختلف کیفیت زندگی بر تمایل نوجوانان به درمان ارتودنسی، طراحی شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه‌ی مقطعی از نوع توصیفی - تحلیلی، پس از اخذ مجوز کمیته‌ی اخلاق در تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی شیراز، از دی ماه تا اسفند ماه سال ۱۳۹۱ در مدارس چهار ناحیه‌ی آموزشی شیراز اجرا شد. شرکت کنندگان به روش نمونه‌گیری طبقه‌ای چند مرحله‌ای از میان دانش‌آموزان پایه‌ی پنجم و ششم ابتدایی و پایه‌ی اول و دوم راهنمایی از چهار ناحیه‌ی آموزشی شیراز انتخاب شدند. به این ترتیب که ابتدا از میان مدارس هر ناحیه‌ی آموزشی به طور تصادفی شش مدرسه‌ی ابتدایی و شش مدرسه‌ی راهنمایی انتخاب شدند. سپس در هر مدرسه از میان کلاس‌های موجود برای هر پایه‌ی تحصیلی، دو کلاس مشخص شد و دانش‌آموزان هر کلاس جهت بررسی شرایط ورود به مطالعه، در یک اتاق با نور کافی توسط سه رزیدنت دندان‌پزشکی کودکان معاینه شدند. دانش‌آموزان در صورتی برای شرکت در مراحل بعدی مطالعه انتخاب شدند که: (۱) یکی از این مال‌اکلوژن‌ها را داشتند؛ رابطه‌ی مولری کلاس ۲ یا کلاس ۳، دیپ بایت شدید، اورجت افزایش یافته یا اورجت معکوس، کراس بایت خلفی، کراودینگ دندان‌ی، (۲) سابقه‌ی درمان ارتودنسی نداشته و در زمان انجام مطالعه تحت درمان نبودند. به این ترتیب ۲۴۰ دانش آموز (۱۸۰ دختر و ۶۰ پسر) ۱۴-۱۰ ساله با رضایت نامه‌ی کتبی والدین وارد این مطالعه‌ی مقطعی شدند.

برای بررسی جنبه‌هایی از کیفیت زندگی که متأثر از شرایط فکی - دندان‌ی هستند، از پرسش‌نامه‌ی OQOL استفاده شد. روایی و پایایی ترجمه‌ی فارسی پرسش‌نامه در مطالعه‌ای در جمعیت مورد بررسی، ارزیابی شده است و بر اساس فاکتور آنالیز انجام شده در آن مطالعه، ۲۲ سؤال موجود در پرسش‌نامه را می‌توان به گونه‌ای در قالب پنج حیطه تقسیم‌بندی کرد (جدول ۱) که هر حیطه، جنبه‌ای مشخص از کیفیت زندگی را نشان می‌دهد [۲۰]. شرکت کنندگان، هر یک از سؤالات را با طیفی از اعداد ۰ تا ۴

جدول ۱. پنج حیطه‌ی کیفیت زندگی ارتوگناتیک در ترجمه‌ی فارسی پرسشنامه‌ی OQOL

حیطه	سؤال‌ها
جنبه‌ی اجتماعی	سؤال ۱۷- من نگران این هستم که مردم نظرات آزاردهنده‌ای در مورد ظاهرم بدهند.
	سؤال ۱۶- من نسبت به ملاقات دیگران برای اولین بار نگران هستم.
	سؤال ۲۱- من گاهی اوقات فکر می‌کنم که مردم به من خیره شده‌اند.
	سؤال ۲۰- من گاهی اوقات به علت ظاهرم دچار افسردگی می‌شوم.
اعتماد به نفس	سؤال ۲۲- اظهار نظر در مورد ظاهرم واقعاً ناراحتی می‌کند، حتی وقتی که می‌دانم دیگران فقط قصد شوخی دارند.
	سؤال ۱۸- من در کارهای اجتماعی اعتماد به نفس ندارم.
	سؤال ۱۹- من لبخند زدن هنگام ملاقات با مردم را دوست ندارم.
	سؤال ۱۵- من وقتی کسی را برای اولین بار ملاقات می‌کنم سعی می‌کنم دهانم را بپوشانم.
عملکرد دهانی	سؤال ۱- من به خاطر ظاهر دندان‌هایم خجالتی هستم.
	سؤال ۲- من در گاز زدن مشکل دارم.
	سؤال ۳- من در جویدن مشکل دارم.
	سؤال ۴- من از خوردن برخی غذاها خودداری می‌کنم، چون نحوه‌ی تماس دندان‌هایم با همدیگر خوردن آنها را مشکل می‌کند.
آگاهی از زیبایی دندانی - صورتی	سؤال ۶- من در ناحیه‌ی صورت یا فک احساس درد دارم.
	سؤال ۵- من غذا خوردن در اماکن عمومی را دوست ندارم.
	سؤال ۱۲- من اغلب به دندان‌های دیگران خیره می‌شوم.
	سؤال ۱۳- من اغلب به صورت دیگران خیره می‌شوم.
زیبایی دندانی - صورتی	سؤال ۸- من زمان زیادی را صرف بررسی و براندازی صورتم در آینه می‌کنم.
	سؤال ۹- من زمان زیادی را صرف بررسی و براندازی دندان‌هایم در آینه می‌کنم.
	سؤال ۷- من دوست ندارم نیم‌رخ خودم را ببینم.
	سؤال ۱۴- من به خاطر ظاهر صورتم خجالتی هستم.
	سؤال ۱۰- من از اینکه عکسم گرفته شود بدم می‌آید.
	سؤال ۱۱- من از اینکه در فیلم دیده شوم بدم می‌آید.

جدول ۲. فراوانی داده‌ها بر اساس تقسیم‌بندی سؤالات پرسشنامه در پنج حیطه مورد مطالعه

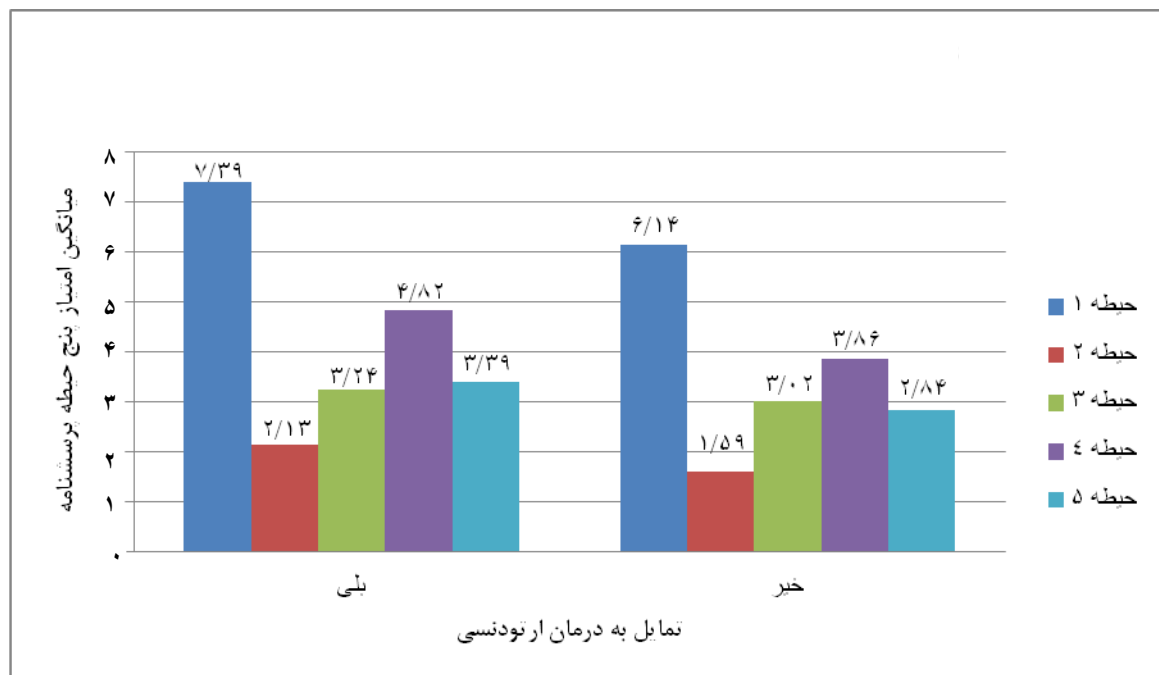
حیطه‌ی ۱	حیطه‌ی ۲	حیطه‌ی ۳	حیطه‌ی ۴	حیطه‌ی ۵		
۱۱۳					تعداد	
۷/۳۹	۲/۱۳	۳/۲۴	۴/۸۲	۳/۳۹	میانگین	گروه مورد
۶/۰۰	۲/۱۳	۳/۴۹	۳/۶۳	۳/۳۷	انحراف معیار	
۱۲۷					تعداد	
۶/۱۴	۱/۵۹	۳/۰۲	۳/۸۶	۲/۸۴	میانگین	گروه کنترل
۵/۸۶	۲/۱۹	۴/۲۹	۳/۷۵	۳/۸۲	انحراف معیار	
۰/۰۷۰	*۰/۰۰۹	۰/۱۵۴	*۰/۰۱۸	*۰/۰۲۳	p value	
۲۴۰					تعداد	
۶/۷۳	۱/۸۴	۳/۱۲	۴/۳۱	۳/۱۰	میانگین	جمع
۵/۹۵	۲/۱۷	۳/۹۲	۳/۷۲	۳/۶۲	انحراف معیار	

* نشان‌دهنده‌ی وجود تفاوت آماری معنی‌دار است

جدول ۳. فراوانی داده‌ها به تفکیک جنسیت در ۵ حیطه مورد مطالعه

حیطه‌ی ۱		حیطه‌ی ۲		حیطه‌ی ۳		حیطه‌ی ۴		حیطه‌ی ۵	
دختر	پسر	دختر	پسر	دختر	پسر	دختر	پسر	دختر	پسر
گروه مورد									
۸۹	۲۴								
تعداد									
۷/۴۶	۷/۱۶	۲/۱۰	۲/۲۵	۳/۱۷	۳/۵۰	۴/۸۸	۴/۵۸	۳/۱۳	۴/۳۷
میانگین									
۵/۹۱	۶/۴۳	۲/۰۹	۲/۳۰	۳/۵۵	۳/۳۳	۳/۵۱	۴/۱۲	۳/۱۳	۴/۰۷
انحراف معیار									
گروه کنترل									
۹۱	۳۶								
تعداد									
۶/۶۳	۴/۸۸	۱/۷۹	۱/۰۸	۳/۶۴	۱/۴۴	۳/۸۱	۴/۰۰	۳/۰۶	۲/۲۷
میانگین									
۶/۵۰	۳/۵۸	۲/۴۶	۱/۱۳	۴/۸۳	۱/۵۷	۳/۸۷	۳/۴۹	۴/۲۳	۲/۴۹
انحراف معیار									
۰/۱۵	۰/۳۲	۰/۰۶	۰/۰۶	۰/۸۲	*۰/۰۱	*۰/۰۱	۰/۶۸	۰/۱۵	*۰/۰۳
p value									
جمع									
۱۸۰	۶۰								
تعداد									
۷/۰۴	۵/۸۰	۱/۹۴	۱/۵۵	۳/۴۱	۲/۲۶	۴/۳۴	۴/۲۳	۳/۱۰	۳/۱۱
میانگین									
۶/۲۱	۵/۰۰	۲/۲۸	۱/۷۷	۴/۲۴	۲/۶۱	۳/۷۲	۳/۷۳	۳/۷۲	۳/۳۵
انحراف معیار									

* نشان‌دهنده‌ی وجود تفاوت آماری معنی‌دار است



نمودار ۱. ارتباط میان تمایل به ارتودنسی با پنج حیطه کیفیت زندگی ارتوگناتیک در دانش‌آموزان ۱۴-۱۰ ساله شیراز سال ۱۳۹۱

بحث

مطالعه‌ی Pabari و همکاران [۲۳] و مطالعه‌ی McKiernan و همکاران [۲۴] همخوانی دارد که در آن‌ها حدود نیمی از شرکت‌کنندگان در مطالعه ابراز داشتند که بنا به تمایل خود خواهان انجام درمان ارتودنسی هستند.

در این مطالعه، تمایل به درمان ارتودنسی با جواب بلی یا خیر افراد شرکت‌کننده در مطالعه مشخص شد. ۴۷٪ شرکت‌کنندگان جواب "بلی" و ۵۳٪ جواب "خیر" دادند. این نتایج با نتایج

۷۵٪ شرکت کنندگان در این مطالعه دختر بودند که ۴۹/۵٪ آن‌ها به درمان ارتودنسی تمایل مثبت ابراز نمودند. در حالی که از میان پسران که ۲۵٪ شرکت کنندگان در مطالعه را شامل می‌شدند، ۴۰٪ به درمان ارتودنسی تمایل مثبت نشان دادند. یکی از علل این تفاوت را می‌توان به بلوغ سریع‌تر دختران و در نتیجه توجه بیش‌تر آن‌ها به ویژگی‌های ظاهری خود مرتبط دانست. در مطالعه‌ی حاضر، دانش‌آموزانی که تمایل به انجام درمان ارتودنسی داشتند (گروه مورد) نسبت به گروهی که تمایل به درمان نداشتند (کنترل)، از نظر کیفیت زندگی در وضعیت بدتری بودند. این نتایج با سایر مطالعاتی [۱۵، ۱۱] که در این گروه سنی انجام شده‌اند، هم‌خوانی دارد. Feu و همکاران [۱۱] گروهی از نوجوانان را که برای انجام درمان ارتودنسی به کلینیک مراجعه کرده بودند با گروهی از دانش‌آموزان که هیچ اقدامی برای درمان نکرده بودند، مقایسه کردند و به این نتیجه رسیدند که کیفیت زندگی وابسته به شرایط دهانی (Oral-Health related Quality of Life) در گروهی از دانش‌آموزان که برای انجام درمان ارتودنسی به کلینیک مراجعه کرده بودند بدتر از گروه کنترل بود، همچنین این گروه مال‌اکلوژن‌های شدیدتر و نقایص زیبایی بیش‌تری نسبت به گروه کنترل داشتند. Marques و همکاران [۱۵] در مطالعه‌ی خود مشاهده کردند که کیفیت زندگی دانش‌آموزان ۱۴-۱۰ ساله تحت تأثیر مال‌اکلوژن و زیبایی ناشی از آن است.

در مطالعه‌ی حاضر برای بررسی جنبه‌های مختلف کیفیت زندگی ارتوگناتیک از پرسش‌نامه‌ی OQOL استفاده شد و سه حیطه‌ی "اعتماد به نفس"، "آگاهی از زیبایی دندان‌ی - صورتی" و "زیبایی دندان‌ی - صورتی" مهم‌ترین عوامل مؤثر در بدتر شدن کیفیت زندگی دانش‌آموزان بودند. امتیاز هر فرد در حیطه‌ی "اعتماد به نفس" شامل مجموع امتیاز سؤالات ۱۹، ۱۸، ۱۵، ۱؛ امتیاز در حیطه‌ی "زیبایی دندان‌ی - صورتی" شامل مجموع امتیاز سؤالات ۷، ۱۰، ۱۱، ۱۴ و امتیاز در حیطه‌ی "آگاهی از زیبایی دندان‌ی صورتی" شامل مجموع امتیاز سؤالات ۵، ۸، ۹، ۱۲، ۱۳ بود. مقایسه‌ی میانگین مجموع امتیازات در حیطه‌ی "عملکرد دهانی" (سؤالات ۶، ۴، ۳، ۲) و همچنین در حیطه‌ی "مشکلات اجتماعی" (سؤالات ۲۲، ۲۱، ۲۰، ۱۷، ۱۶) اختلاف آماری معنی‌داری را بین دو گروه مورد مطالعه نشان نداد. این

یافته‌ها تا حدودی با نتایج مطالعه‌ی Pabari و همکاران [۲۳] هم‌خوانی دارد که در آن تمایل به صاف کردن دندان‌ها برای بهبود نمای لبخند مهم‌ترین انگیزه‌ی بیماران ۶۴-۱۸ ساله جهت انجام درمان ارتودنسی عنوان شد و عملکرد دهانی و ظاهر کلی صورت به عنوان عوامل تأثیرگذار بعدی ذکر شدند. در مطالعه‌ی Sergl و Zentner [۲۵] نیز درک فرد از ظاهر خود به عنوان عامل انگیزشی اصلی مطرح شد و شکایت از مشکلات عملکردی دهان نقش کمرنگ‌تری در ایجاد انگیزه برای درمان ارتودنسی داشت. این یافته‌ها همچنین با مطالعه‌ی Kiyak و همکاران [۲۶] و نیز Williams و همکاران [۲۷] هم‌خوانی دارد. در این مطالعات نیز بهبود ظاهر صورتی و دندان‌ی به عنوان عامل اصلی ایجاد انگیزه برای درمان‌های ارتوگناتیک عنوان شده است. در مطالعه‌ی Agou و همکاران [۱۳] نیز دیده شد که در گروهی از شرکت کنندگان که اعتماد به نفس پایین‌تری داشتند، تأثیر مال‌اکلوژن بر کیفیت زندگی بارزتر بود. آن‌ها مطالعه‌ی خود را در گروهی از بیماران ۱۴-۱۱ ساله که برای انجام درمان ارتودنسی مراجعه کرده بودند انجام دادند و ارتباط میان اعتماد به نفس و کیفیت زندگی را در آن‌ها بررسی نمودند.

در مطالعه‌ی صادقان و همکاران [۱۲] رابطه‌ای بین ناهنجاری دندان‌ی - فکی با عزت نفس و خودپنداره‌ی دانشجویان ۲۵-۱۸ ساله دیده نشد که احتمالاً به دلیل بالاتر بودن سن شرکت کنندگان در مطالعه‌ی آن‌ها است. به نظر می‌رسد که افراد در سنین پایین‌تر حساسیت بیش‌تری نسبت به ظاهر خود دارند و بیش‌تر به دنبال درمان ارتودنسی و زیباتر کردن ظاهر خود هستند.

در مطالعه‌ی حاضر تمایل مثبت به درمان ارتودنسی در میان دختران تنها با حیطه‌ی چهارم کیفیت زندگی ارتودناتیک یعنی آگاهی از زیبایی دندان‌ی - صورتی ارتباط معنی‌دار آماری داشت. بر این اساس می‌توان گفت که موقعیت‌های مرتبط با این حیطه از کیفیت زندگی ارتودناتیک تأثیر بیش‌تری در ایجاد انگیزه برای درمان ارتودنسی در میان دختران دارد، در حالی که در پسران ارتباط آماری معنی‌داری بین تمایل به درمان ارتودنسی با دو حیطه‌ی کیفیت زندگی ارتودناتیک شامل عملکرد دهانی و زیبایی دندان‌ی - صورتی مشاهده شد. به عبارت دیگر می‌توان گفت در پسران سنین ۱۴-۱۰ ساله مشکلات مرتبط با عملکرد دهانی و

نتیجه گیری

"اعتماد به نفس"، "زیبایی دندانی- صورتی" و "آگاهی از زیبایی دندانی- صورتی" جنبه‌های مؤثر بر کیفیت زندگی و ایجاد تمایل به درمان ارتودنسی در نوجوانان هستند. تمایل به درمان ارتودنسی در نوجوانی در میان دختران بیش‌تر از پسران دیده می‌شود. "آگاهی از زیبایی دندانی- صورتی" عامل قابل‌توجهی در تمایل به درمان ارتودنسی در دختران است و در پسران نقش دو جنبه‌ی "عملکرد دهانی" و "زیبایی دندانی- صورتی" در تمایل به درمان ارتودنسی قابل توجه است.

تشکر و قدردانی

مقاله‌ی حاضر مستخرج از طرح تحقیقاتی دستیاری دکتر روژین سلیمان‌زاده مصوب در کمیته‌ی تحقیقات دانشجویی (شماره‌ی طرح ۶۳۸۱) و دانشگاه علوم پزشکی شیراز می‌باشد. مراحل آماری آن توسط دکتر وثوقی در مرکز توسعه‌ی پژوهش دانشکده‌ی دندان‌پزشکی انجام گرفته که بدین وسیله قدردانی می‌گردد.

زیبایی دندانی- صورتی ارتباط بیش‌تری با تمایل به درمان ارتودنسی دارند.

یکی از محدودیت‌های مطالعه‌ی حاضر این بود که در معاینه‌ای که در مرحله‌ی نمونه‌گیری انجام شد، هدف تنها غربالگری دانش‌آموزان دارای مال‌اکلوژن بود و از هیچ شاخصی برای تعیین نوع و شدت مال‌اکلوژن استفاده نشد و ویژگی‌های دموگرافیک نمونه‌ها ثبت نشد. بنابراین امکان بررسی رابطه‌ی میان انواع مختلف مال‌اکلوژن و ویژگی‌های دموگرافیک با کیفیت زندگی و تمایل به درمان ارتودنسی وجود نداشت. محدودیت دیگر در مطالعه‌ی حاضر، کم بودن تعداد شرکت‌کنندگان پسر بود. در نتیجه ارزیابی‌ها بر اساس جنسیت قابلیت اعتماد کم‌تری دارند. پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی از شاخص‌های تعیین نیاز به درمان نیز در کنار شاخص‌های بیمارمحور استفاده شود. همچنین پیشنهاد می‌شود، این مطالعه در دو گروه از همسالانی که برای انجام درمان ارتودنسی به کلینیک مراجعه کرده‌اند و گروهی که به دنبال درمان نرفته‌اند نیز انجام شود.

References

1. Becker M, Diamond R, Sainfort F. A new patient focused index for measuring quality of life in persons with severe and persistent mental illness. Qual life res 1993; 2(4): 239-51.
2. Cunningham SJ, Hunt NP. Quality of life and its importance in orthodontics. J Orthod 2001; 28(2): 152-8.
3. Gift HC, Redford M. Oral health and the quality of life. Clin Geriatr Med 1992; 8(3): 673-83.
4. Jenkinson C, Coulter A, Bruster S, Richards N, Chandola T. Patients' experiences and satisfaction with health care: results of a questionnaire study of specific aspects of care. Qual. Saf Health Care 2002; 11(4): 335-9.
5. Bedi R, Gulati N, McGrath C. A study of satisfaction with dental services among adults in the United Kingdom. Br Dent J 2005; 198(7): 433-7.
6. Shaw WC. The influence of children's dentofacial appearance on their social attractiveness as judged by peers and lay adults. Am J of Orthod 1981; 79(4): 399-415.
7. Zhang M, McGrath C, Hagg U. The impact of malocclusion and its treatment on quality of life: a literature review. Int Pediatr Dent 2006; 16(6): 381-7.
8. Albino JE, Lawrence SD, Tedesco LA. Psychological and social effects of orthodontic treatment. J Behav Med 1994; 17(1): 81-98.
9. Cunningham SJ, O'Brien C. Quality of life and orthodontics. Semin Orthod 2007; 13(2): 96-103.
10. Kiyak HA. Cultural and psychologic influences on treatment demand. Semin Orthod 2000; 6(4): 242-8.
11. Feu D, de Oliveria BH, de Oliveira Almeida MA, Kiyak HA, Miguel JAM. Oral health-related quality of life and orthodontic treatment seeking. Am J Orthod Dentofacial Orthop 2010; 138(2): 152-9.
12. Sadeghian S, Atashpour H, Abbasi M, Esnaashari N. Relationship between dentofacial deformities and self-assessment and self-concept of students of Isfahan. J Isfahan Dent Sch 2012; 8(5): 470-9.
13. Agou Sh, Locker D, Streiner DL, Tompson B. Impact of self-esteem on the oral-health-related quality of life of children with malocclusion. Am J Orthod Dentofacial Orthop 2008; 134(4): 484-9.

14. Sun Y, Jiang C. The impact of malocclusion on self-esteem of adolescents. *Zhonghua Kou Qiang Yi Xue Za Zhi* 2004; 39 (1): 67-9.
15. Marques LS, Ramos-Jorge ML, Paiva SM, Pordeus IA. Malocclusion: Esthetic impact and quality of life among Brazilian schoolchildren. *J Orthod Dentofacial Orthop* 2006; 129(3): 424-7.
16. Jenny J. A social perspective on need and demand for orthodontic treatment. *Int Dent J* 1975; 25(4): 248-56.
17. Slakter MJ, Albino JE, Fox RN, Lewis EA. Reliability and stability of the orthodontic patient cooperation scale. *Am J Orthod* 1980; 78(5): 559-63.
18. Cunningham SJ, Garratt AM, Hunt NP. Development of a condition-specific quality of life measure for patients with dentofacial deformity: I. Reliability of the instrument. *Community Dent Oral Epidemiol* 2000; 28(3): 195-201.
19. Cunningham SJ, Garratt AM, Hunt NP. Development of a condition-specific quality of life measure for patients with dentofacial deformity: II. Validity and responsiveness testing. *Community Dent Oral Epidemiol* 2002; 30(3): 81-90.
20. Momeni Danaie Sh, Fijan S, Soleymanzade R, Mohammadi N. Validity and reliability of the Orthognathic Quality of Life questionnaire in 10-14 year-old students in Shiraz. *Journal of Islamic Dental Association of Iran* [in press].
21. Klages U, Bruckner A, Guld Y, Zentner A. Dental esthetics, orthodontic treatment, and oral-health attitudes in young adults. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2005; 128(4): 442-9.
22. Asgari I, Ebn Ahmady A, Khoshnevisan MH, Eslamipour F. Evaluation of the patient-based indices for orthodontic need assessment in the 13 to 18 year-old adolescents in Isfahan. *Journal of Dental Medicine* 2012; 25(2): 124-34.
23. Pabari S, Moles DR, Cunningham SJ. Assessment of motivation and psychological characteristics of adult orthodontic patients. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2011; 140(6): e263-e72.
24. McKiernan EX, McKiernan F, Jones ML. Psychological profiles and motives of adults seeking orthodontic treatment. *Int J Adult Orthod Orthognath Surg* 1992; 7(3): 187-98.
25. Serogl HG, Zentner A. Study of psychosocial aspects of adult orthodontic treatment. *Int J Adult Orthod Orthognath Surg* 1997; 12(1): 17-22.
26. Kiyak HA, Hohl T, Sherrick P, West RA, McNeill RW, Bucher F. Sex differences in motives for and outcomes of orthognathic surgery. *J Oral Surg* 1981; 39(10):757-64.
27. Williams AC, Shah H, Sandy JR, Travess HC. Patients' motivations for treatment and their experiences of orthodontic preparation for orthognathic surgery. *J Orthod* 2005; 32(3): 191-202.

Association between orthodontic treatment willingness and its related quality of life in 10-14 year-old adolescents in Shiraz

Shahla Momeni Danaei¹, Rojin Soleymanzade*², Najmeh Mohammadi²,
Soleiman Fijan²

Abstract

Introduction: The orthognathic quality of life (OQOL) questionnaire evaluates the quality of life in five aspects which are related to the dentofacial status of an individual. In this study the association between the orthodontic treatment willingness and these aspects was evaluated in 10-14 year-old students in Shiraz.

Materials and Methods: In this cross-sectional analytic study, 240 participants among 10-14 year-old students in Shiraz were selected. The OQOL questionnaire was used for the evaluation of five aspects of the orthognathic quality of life. After completion of the questionnaire, the students were asked to answer a question about their willingness for orthodontic treatment with Yes or No and according to this answer, the participants were categorized in two groups. The case group involved those who answered with Yes ($n = 113$) and the control group involved those who answered with No ($n = 127$). Data was analyzed with the SPSS 15 using Mann-Whitney U test ($\alpha = 0.05$).

Results: The scores of three components, including "self-confidence" (p value = 0.009), "awareness of dentofacial esthetic" (p value = 0.018), and the "dentofacial esthetic" (p value = 0.023) were statistically significant. The difference between the case and the control groups were not significant in the "social aspect" (p value = 0.070) and the "oral function" (p value = 0.154).

Conclusion: Based on the results of this study, in the adolescent age group, "self- confidence", "dentofacial esthetic" and "awareness of dentofacial esthetic" are the most effective aspects of orthognathic quality of life (OQOL), which result in willingness for orthodontic treatment.

Key words: Adolescent, Malocclusion, Quality of life

Received: 21 Feb, 2013

Accepted: 23 Jul, 2013

Address: Postgraduate Student, Department of Pediatric Dentistry, School of Dentistry, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran.

Email: soleymanzade.r@gmail.com

Citation: Momeni Danaei SH, Soleymanzade R, Mohammadi N, Fijan S. Association between orthodontic treatment willingness and its related quality of life in 10-14 year-old adolescents in Shiraz. J Isfahan Dent Sch 2013; 9(5): 442-450.