تحقیقی

بررسی کیفیت زندگی مرتبط با ارتودنسی در دانش آموزان دختر دوره اول دبیرستان

دکتر مرضیه کریمی افشار[۱]- دکتر ملوک ترابی پاریزی[۲]- دکتر جهانگیر حقانی[۳]- دکتر زینب خسرویان[۴]

۱-استادیار گروه ارتودنسی، دانشکده دندانپزشکی ،دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

۲-دانشیار گروه آسیب شناسی فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان،کرمان، ایران

۳- دانشیار گروه رادیولوژی فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان،کرمان، ایران

۴- دندانپزشک، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان،کرمان، ایران

چکیده

سابقه و هدف: بدشکلی های، دندانی صورتی میتواند روی کیفیت زندگی افراد تاثیر بگذارد. هدف از انجام این مطالعه، بررسی کیفیت زندگی مرتبط با ارتودنسی در دانش آموزان دختر دوره ی اول دبیرستان شهر کرمان در سال ۱۳۹٤ بوده است.

روش بررسی: این مطالعه ی مقطعی توصیفی روی ۱۹۵ دانش آموزدختر دوره ی اول دبیرستان که به روش نمونه گیری خوشه ای چند مرحله ای انتخاب شده بودند، انجام شد. ابزار گردآوری داده ها چک لیست اطلاعات فردی، پرسشنامه ی استاندارد۲۲ سوالی کیفیت زندگی مرتبط با ارتودنسی و معاینه بالینی بود. داده ها وارد کامپیوتر شده و در نرم افزار آماری SPSS نسخه ی ۲۱ و با استفاده از تست های ANOVA وTو رگرسیون خطی در سطح معنی داری ۰/۰۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: در پژوهش کنونی میانگین نمره ی کل پرسشنامه۱۰,۰۵ ±۱۷,۳۰ و میانگین نمره در هریک از حیطه های اجتماعی ۵,۱۸± ۷,۵۲ ، زیبایی۲,۹٦±۳,۵۵ دهانی صورتی ۲,۳۹ ±۲,۵۷ و آگاهی۲,٤۰ ± ٤,۱۳ بود. بین تمایل به درمان ارتودنسی با نمره ی کل پرسشنامه و حیطه های دانش، زیبایی و اجتماعی ارتباط معنی دار وجود داشت. کیفیت زندگی مرتبط با ارتودنسی در افراد با اکلوژن کلاس سه به طور معنی داری بدتر از انواع دیگر اکلوژن بود (p=0.07).

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه نشان داد که کیفیت زندگی مرتبط با ارتودنسی در دانش آموزان دختر دوره اول دبیرستان، بالا می باشد. تمایل به درمان ارتودنسی و اکلوژن کلاس سه، تاثیر معنی داری روی کیفیت زندگی مرتبط با ارتودنسی می گذارد.

کلمات کلیدی: کیفیت زندگی -ارتودنسی -مال اکلوژن -نوجوانان.

وصول مقاله : ۱۳۹۵/۵/۲۳ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۱۱/۱۵

نویسنده مسئول: دکتر ملوک ترابی ایمیل:m.torabi.p@gmail.com

مقدمه:

بیماری های دهان، شامل پوسیدگی های دندان، بیماری های پریودنتال، درد های مزمن دهان و صورت، ضایعات بافت نرم، سرطان های دهان و حلق، اختلالات حین تولد مانند شکاف کام و لب و سایر بیماری هایی است که بر سیستم دهان و دندان و بافت های صورت تاثیر می گذارند که نتایج آنها فقط جسمی نبوده و شامل تاثیرات اقتصادی، اجتماعی و روانشناختی نیز می باشد (۱). سلامت کامل دهان تنها به معنای نبود بیماری و اختلال عملکرد دهان و دندان نیست بلکه فقدان اثرات منفی شرایط دهان بر زندگی اجتماعی و ایجاد حس مثبت اعتماد به نفس حاصل از ظاهر صورت و دندان ها را نیز

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-01-30]

[DOI: 10.29252/ijpd.12.2.13]

شامل می شود (۲). آشکار است که شرایط دهان و دندان، بیماری ها و درد می توانند اثرات قابل توجهی در زندگی فردی و اجتماعی داشته و مختل کننده ی فعالیت های نرمال شوند (۳). درک شخصی فرد از جایگاهش در زندگی بر مبنای معیار های مشخص و در رابطه با اهداف و توقعات وی از زندگی تحت عنوان کیفیت زندگی تعریف میشود(۱). کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان OHRQoL (oral health related quality of life) به معنی ارزیابی شخصی فرد است از اینکه فاکتورهای عملکردی، فیزیکی، اجتماعی و تجربه ی درد و ناراحتی دهان و دندان به چه میزان جنبه های مختلف زندگی وی را تحت تاثیر قرار میدهد (٤-۱). از جمله مشکلات دهانی که بر جنبه های فیزیکی، اجتماعی، اقتصادی و روانی فرد تاثیر دارد، مال اکلوژن است (٦-٥). وضعیت دهان و دندان در میزان جذابیت فرد و قضاوت دیگران در مورد وی نقش دارد (۷). هدف اصلی درمان های ارتودنسی بهبود سلامت و عملکرد دهان و دندان است، ولی تاثیر زیبایی و روانشناختی آن ، رو به افزایش است. بیماران پس از درمان ارتودنسی تصویر بدنی و اعتماد به نفس بهتری را، در رابطه با ظاهر خود گزارش کرده اند (۸،۹). مال اکلوژن و بدشکلی های دندان بسیار رایج بوده و تاثیرات روانی و اجتماعی آن ، محرک مهمی برای انجام درمان ارتودنسی می با شد؛ از اینروOHRQoL می تواند به عنوان ابزار سنجش نیاز به درمان ارتودنسی و نتیجه ی آن به کار رود (۱۰). همچنین نشان داده شده است که مال اکلوژن روی(OHRQoL) بزرگسالان ۳۹-۱۸ سال (۱۱) وکودکان نیز تأثیر منفی داشته است (۱۲). نشان داده شده مال اکلوژن شدیدتر باعث خجالتی بودن و نداشتن اعتماد به نفس شده و نمره ی OHRQoL در این شرایط بدتر می باشد (١٤-١٣). درمان های ارتدنسی ثابت در بیماران ۱۵-۱۲ ساله (۱۵) و همچنین در بزرگسالان سبب افزایش معنی داری در اعتماد به نفس آنان شده است (١٦). ارتودنتیست ها برای تکمیل یافته های بالینی خود OHRQoL را پیشنهاد می کنند؛ زیرا نتیجه ی آن همیشه با یافته های عینی ارتباط ندارد (۱۷). هنگام ارزیابی تاثیر مال اکلوژن باید تفاوت های شخصیتی افراد در نظر گرفته شود. برخی از مردم با وجود مال اکلوژن شدید، راضی بوده و یا نسبت به زیبایی دندان بی تفاوت هستند. در مقابل، برخی دیگر در مورد یک بی نظمی کوچک در دندان هایشان ابراز نگرانی میکنند (۱۸-١٤). بهبود کیفیت زندگی، از نتایج مهم مراقبت دهان و دندان است که نیاز به طیف وسیعی از ابزارها را برای اندازه گیری OHRQoL ایجاد کرده است (٤). یکی از ابزارهایی که برای سنجش کیفیت زندگی وابسته به شرایط ارتوگناتیک به کار رفته پرسشنامه Orthodontic Quality of Life است (۲۰،۱۹). نشان داده شده که تفاوت‌های فرهنگی، اجتماعی(۱۱) و ویژگی‌های فردی و محیطی روی کیفیت زندگی تأثیر میگذارد (۲۱). از آنجا که تاکنون مطالعه مشابهی در این زمینه در کرمان انجام نشده، این مطالعه

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-01-30]

[DOI: 10.29252/ijpd.12.2.13]

باهدف تعیین شاخص کیفیت زندگی مرتبط با ارتودنسی در دانش آموزان دختر دوره ی اول دبیرستان های شهر کرمان انجام شده است.

روش بررسی:

پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی توصیفی- تحلیلی است که روی ۱۹۵ دانش آموز دختر دوره ی اول دبیرستان های شهر کرمان که به روش نمونه گیری خوشه ای چند مرحله ای انتخاب شده اند، انجام شده است. ابتدا شهر به ۵ منطقه شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز تقسیم گردید. سپس لیستی از دبیرستان های دوره ی اول دبیرستان شهر تهیه و پس از کسب مجوز های لازم از آموزش و پرورش از هرکدام از مناطق فوق دو دبیرستان دخترانه انتخاب و از هر مدرسه از دانش آموزان کلاس های اول، دوم و سوم تعدادی دانش آموز که بطور تصادفی انتخاب شدند مورد معاینه قرار گرفتند. معیارهای ورود به طرح رضایت افراد، نداشتن بیماری سیستمیک، نداشتن سابقه ی کشیدن دندان های مولر اول بالا و پایین و کانین های بالا و پایین، نداشتن سابقه شکاف کام و لب، بیماری پریودنتال پیشرفته یا پوسیدگی های وسیع دندانی و دیسکرپانسی شدید اسکلتال و نداشتن سابقه درمان ارتودنسی بود روش جمع آوری داده ها پرسشنامه ارزیابی کیفیت زندگی مرتبط با ارتدنسی و معاینه بالینی بود. معاینه بالینی توسط دانشجوی سال آخر که تعلیم دیده و مهارت لازم را کسب نموده انجام گردید. معاینات، زیر نظر مربیان بهداشت مدارس و در اتاق بهداشت مدرسه روی صندلی معمولی و زیر نور طبیعی صورت می گرفت. در این مطالعه از رادیوگرافی استفاده نشد. بدین ترتیب که اکلوژن دانش آموز براساس رابطه مولراول بالا و پایین و کانین های بالا و پایین معاینه و در چک لیست ثبت می شد. بر این اساس دانش آموزان به اکلوژن کلاس یک تا ۳ تقسیم شدند. کرودینگ و اورلپینگ دندانی و عدم وجود فضای کافی برای رویش دندانها ارزیابی شد. پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با ارتودنسی شامل ۲۲ سوال در ٤ حیطه، اول جنبه های اجتماعی (سوالات ۱۵ ، ۱٦ ، ۱۷ ، ۱۸ ، ۱۹ ، ۲۰ ، ۲۱ ، ۲۲)،(۲٤-۰)، دوم حیطه ی زیبایی دندانی- صورتی (سوالات ۱ ، ۷ ، ۱۰ ، ۱۱ ، ۱٤)(۱۵-۰) ،سوم حیطه ی عملکرد دهانی (سوالات ۲ ، ۳ ، ٤ ، ۵ ، ٦)(۱۵-۰)، چهارم حیطه ی آگاهی از زیبایی دندانی - صورتی (سوالات ۸ ، ۹ ، ۱۲ ، ۱۳) (۱۲-۰) است که براساس مقیاس ٤ گزینه ای لیکرت نمره دهی می شود. به این ترتیب که گزینه هرگز، نمره صفر، کمی، نمره یک، زیاد، نمره دو و خیلی زیاد، نمره سه داده می شد. بنابراین دامنه نمرات ٦٦-۰ بود. این پرسشنامه توسط مومنی و همکاران مورد تایید قرار گرفته است (۲۲). پس از جمع آوری داده ها وارد کامپیوتر شده و با استفاده از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۱ و با استفاده از جداول توزیع فراوانی و آنالیز واریانس و ANOVA مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. سطح معنی داری ۵٪ در نظر گرفته شد. این مطالعه با کد

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-01-30]

[DOI: 10.29252/ijpd.12.2.13]

اخلاقی IR.KMU.REC.1394.7 مورد تأیید قرار گرفته است.

یافته‌ها:

یافته های حاصل ار این تحقیق که روی ۱۹۵ دانش آموز دختر دوره ی اول دبیرستان در شهر کرمان انجام شد به شرح زیر است: میانگین سن افراد ۱,٦٦ ± ۱۵,۲۲ سال بود. ٦٤ نفر(۳۳٪) کلاس هفتم، ۸۱ نفر(٤۲٪) کلاس هشتم و ٤۹ نفر (۲۵٪) در کلاس نهم مشغول به تحصیل بودند. میانگین نمره ی کل پرسشنامه۱۰,۰۵ ±۱۷,۳۰ و میانگین نمره در هریک از حیطه های اجتماعی۵,۱۸± ۷,۵۲، زیبایی۲,۹٦±۳,۵۵ دهانی صورتی ۲,۳۹ ±۲,۵۷ و آگاهی ۲,٤۰ ± ٤,۱۳ بود. از نظر اکلوژن ۱٤۰ نفر(۷۱,۸٪) اکلوژن کلاس یک ،۸٤ نفر(٤۳,۱٪) با کرودینگ ۱۷، نفر(۸,۷٪) دارای کراس بایت بودند. ۸۵ نفر(٤۲,٦٪) تمایل به انجام درمان ارتودنسی داشتند. نحوه ی پاسخگویی به سوالات پرسشنامه در جدول شماره ۱ نشان داده شده است. همانطوری که مشاهده می شود ۳۷ نفر(۱۹٪) افراد در پاسخ به سوال من زمان زیادی را صرف بررسی و براندازی صورتم در آینه می کنم پاسخ بسیار زیاد،۳۲ نفر (۱٦,٤٪) اظهار نظر در مورد ظاهرم واقعا ناراحتم می کند حتی وقتی می دانم دیگران فقط قصد شوخی دارند پاسخ بسیار زیاد، ۳۱ نفر (۱۵,۹٪) من نگران این هستم که مردم نظرات آزار دهنده ای در مورد ظاهرم بدهند پاسخ بسیار زیاد، و ۲۹ نفر (۱٤,۸٪) در مورد من زمان زیادی را صرف بررسی و براندازی دندان هایم در آینه می کنم پاسخ بسیار زیاد را داده بودند(جدول شماره ۱). از آزمون t برای ارتباط بین میانگین نمره افراد را بر اساس داشتن کرادینگ، داشتن کراس بایت و تمایل به ارتودنسی در کل و در در هریک از حیطه ها استفاده شد. از ازمون ANOVA برای تعیین ارتباط بین نوع اکلوژن و نمره کل پرسشنامه و حیطه های مختلف استفاده شد (جدول شماره ۲). همان طوری که مشاهده می شود بین تمایل به ارتودنسی با نمره ی کل پرسشنامه و حیطه های دانش، زیبایی و اجتماعی ارتباط معنی دار وجود دارد. ازآزمون رگرسیون خطی برای تعیین ارتباط متغیرهای مورد بررسی با نمره ی کل پرسشنامه و هر یک از حیطه ها ی پرسشنامه استفاده شد. نتایج در جدول شماره ۳ نشان داده شده است. همان طور که مشاهده می شود بین نمره ی کل پرسشنامه با تمایل به ارتدنسی(p=0.007) و در حیطه ی زیبایی دندانی –صورتی با تمایل به ارتودنسی (p=0.004)، در حیطه ی عملکرد دهانی با سال تحصیلی (p=0.015) و در حیطه ی آگاهی با تمایل به ارتودنسی (p=0.015) تفاوت آماری معنی دار مشاهده می شود. در تمامی موارد معنی دار بودن جهت معنی داری به این

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-01-30]

[DOI: 10.29252/ijpd.12.2.13]

ترتیب بود که با اکلوژن بدتر (کلاس سه)و تمایل به ارتودنسی در هرکدام از حیطه ها نمره افرادی که تمایل به ارتودنسی داشتند به طور معنی داری بیشتر بود یعنی کیفیت زندگی بدتر بود.

جدول ۱- توزیع فراوانی افراد بر حسب پاسخ به هریک از سوالات

ردیف	گویه	اصلا		کمی		زیاد		بسیارزیاد	
		No	%	no	%	no	%	no	٪
۱	من به خاطر دندانهایم خجالتی هستم.	۱۱٦	٥۹,٥	٥٦	۲۸,۷	۱٦	۸,۲	۷	۳,٦
۲	من در گاز زدن مشکل دارم.	۱٤۱	۷۲,۳	۳٦	۱۸,٥	۱۲	٦,۲	٦	۳,۱
۳	من در جویدن مشکل دارم.	۱۳۱	٦۷,۲	٤۳	۲۲,۱	۱۲	٦,۲	۹	٤,٦
٤	من از خوردن برخی از غذا ها خودداری می کنم،چون تماس دندانهایم با همدیگر خوردن آنها را مشکل می کند.	۱۲٥	٦٤,۱	٤۸	۲٤,٦	۱۳	٦,۷	۹	٤,٦
٥	من غذا خوردن در اماکن عمومی را دوست ندارم.	۱۰۰	٥۱,۳	٦۳	۳۲,۲	۱٦	۸,۲	۱٦	۸,۷
٦	من در ناحیه صورت یا فک احساس درد می کنم.	۱٤۳	۷۳,۳	۳۸	۱۹,٥	۸	٤,۱	٦	۳,۱
۷	من دوست ندارم نیمرخ خود را ببینم.	۱۲٦	٦٤,٦	٤۲	۲۱,٥	۱٤	۷,۲	۱۳	٦,۷
۸	من زمان زیادی را صرف بررسی و براندازی صورتم در آینه می کنم	۳٥	۱۷,۹	٥۸	۲۹,۷	٦٥	۳۳,۳	۳۷	۱۹,۰
۹	من زمان زیادی را صرف بررسی و براندازی دندانهایم در آینه می کنم	۳۷	۱۹,۰	۹٥	٤۷,۸	۳٤	۱۷,٤	۲۹	۱٤,۸
۱۰	من از اینکه عکسم گرفته شود بدم می اید.	۸٥	٤۳,٦	٥٤	۲۷,۷	۲٦	۱۳,۳	۳۰	۱٥,٤
۱۱	من از اینکه در فیلم دیده شوم بدم می آید.	۸۷	٤٤,٦	٥۲	۲٦,۷	۲۷	۱۳,۸	۲۹	۱٤,۸
۱۲	من اغلب به دندانهای دیگران خیره می شوم.	۱۰٤	٥۳,۳	٦۳	۳۲,۳	۱۳	٦,۷	۱٥	۷,۷
۱۳	من اغلب به صورت دیگران خیره می شوم.	۸٤	٤۳,۱	٦۷	۳٤,٤	۲۷	۱۳,۸	۱۷	۸,۸
۱٤	من به خاطرظاهر صورتم خجالتی هستم.	۱۱	٥٦,۹	٥۷	۲۹,۲	۱٤	۷,۲	۱۳	٦,۷
۱٥	من وقتی کسی را برای اولین بار ملاقات می کنم ،سعی می کنم دهانم را بپوشانم.	۱۱٥	٥۹,۰	٤٦	۲۳,٦	۱٥	۷,۷	۱۹	۹,۸
۱٦	من نسبت به ملاقات با دیگران برای اولین بار نگران هستم.	٥۷	۲۹,۲	۹۰	٤٦,۲	۳۳	۱۷,۰	۱٥	۷,۷
۱۷	من نگران این هستم که مردم نظرات آزار دهنده ای در مورد ظاهرم بدهند.	٥۰	۲٥,٦	۷٦	۳۹,۰	۳۸	۱۹,٥	۳۱	۱٥,۹
۱۸	من در کارهای اجتماعی اعتماد به نفس ندارم.	۷٦	۳۹,۰	۷۰	۳٥,۹	۲۲	۱۱,۳	۲۷	۱۳,۸
۱۹	من لبخند زدن هنگام ملاقات با مردم رادوست ندارم.	۱۰۳	٥۲,۸	٥۷	۲۹,۲	۲۰	۱۰,۳	۱٥	۷,۷
۲۰	من گاهی اوقات به علت ظاهرم دچار افسردگی می شوم.	۱۰٦	٥٤,٤	٦۰	۳,۸	۲۰	۱۰,۲	۹	٤,٦
۲۱	من گاهی اوقات فکر می کنم مردم به من خیره شده اند.	٤۷	۲٤,۱	۱۰۲	٥۲,۳	۲۲	۱۱,۳	۲٤	۱۲,۳
۲۲	اظهار نظر در مورد ظاهرم واقعا ناراحتم می کند حتی وقتی می دانم دیگران فقط قصد شوخی دارند.	٥۸	۲۹,۷	٦۱	۳۱,۳	٤٤	۲۲,٦	۳۲	۱٦,٤

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-01-30]

[DOI: 10.29252/ijpd.12.2.13]

جدول ۲- ارتباط بین نمره کل و حیطه های پرسشنامه با وضیعت ارتودنسی

متغیر		اجتماعی		زیبایی دندانی صورتی		عملکرد دهانی		آگاهی از زیبایی دندانی-صورتی		نمره کل	
حیطه		m	sd	m	sd	m	sd	m	sd	m	sd
اکلوژن	کلاس۱	۷,۲۰	۵,۰۷	۳,۴۳	۲,۹۲	۲,۴۸	۲,۷۷	۴,۰۶	۲,۴۲	۱۶,۶۵	۹,۹۸
	کلاس۲	۷,۵۵	۵,۵۰	۳,۶۵	۳,۰۸	۲,۲۰	۲,۱۶	۴,۰۴	۲,۳۷	۱۷,۶۵	۱۰,۳۵
	کلاس۳	۱۰,۷۵	۴,۳۷	۴,۶۳	۳,۱۰	۲,۰۸	۱,۳۷	۵,۲۵	۲,۲۲	۲۲,۴۵	۸,۷۴
P value		*۰,۰۷		۰,۴۲۵		۰,۷۵۷		۰,۲۵۵		۰,۱۸	
کراودینگ	دارد	۷,۵۴	۵,۴۷	۳,۵۱	۳,۱۲	۲,۲۳	۲,۵۶	۴,۰۳	۲,۴۶	۱۶,۹۲	۱۰,۰۳
	ندارد	۷,۵۳	۴,۹۶	۳,۵۸	۲,۸۷	۲,۵۳	۲,۵۹	۴,۲۲	۲,۳۷	۱۷,۶۷	۱۰,۱۶
P value		۰/۹۹		۰,۸۶		۰,۴۲		۰,۶۰		۰,۶۴	
کراس بایت	دارد	۷,۹۴	۵,۸۷	۳,۷۵	۳,۱۳	۲,۴۱	۲,۰۶	۴,۵۲	۲,۸۵	۱۸,۸۱	۱۱,۲۳
	ندارد	۷,۵۵	۵,۱۳	۳,۵۸	۲,۹۶	۲,۴۲	۲,۶۴	۴,۱۶	۲,۳۲	۱۷,۳۸	۹,۸۹
P value		۰,۷۹		۰/۸۴		۰,۹۸		۰,۶۱		۰,۶۳	
تمایل	دارد	۸,۳۷	۵,۶۴	۴,۱۸	۳,۱۱	۲,۷۱	۲,۹۰	۴,۸۰	۲,۴۳	۱۹,۸۸	۱۰,۶۴
	ندارد	۶,۸۸	۴,۷۳	۳,۰۷	۲,۷۷	۲,۱۵	۲,۲۸	۳,۶۷	۲,۲۹	۱۵,۴۳	۹,۲۰
P value		*۰,۰۶		*۰,۰۱۶		۰,۱۴۱		*۰,۰۰۲		*۰,۰۰۶	

بحث:

درمان ارتودنسی فوایدی از جمله بهبود سلامت دهان و افزایش احساس خوبی روانی است. باتوجه به اینکه هدف اصلی درمان ارتودنتیک ترمیم سلامت دهان و فانکشن است ولی اهمیت زیبایی و تأثیر روانی آن رو به افزایش است. نشان داده شده که بعد از درمان ارتودنسی بیماران تصویر جسمی بهتر و اعتماد به نفس مرتبط با ظاهر بهتری را گزارش کرده اند(۱۱). در پژوهش کنونی ۸۴ نفر(۴۳,۱٪) کرودینگ ۱۷ نفر(۸,۷٪) دارای کراس بایت بودند. نتایج تحقیق Silveria و همکاران در برزیل نشان داد که ۱۷,۸۵افراد دارای مال اکلوژن مشخص و ۶۹,۶٪ ابنرمالیتی و یا اندکی مال اکلوژن داشتند. با در نظر گرفتن تفاوت در نوع مطالعه، نتایج تقریبا مشابه می باشند(۲۳). در پاسخ به هر یک از سوالات پرسشنامه ۱۶,۴٪ افراد در مورد اظهار نظر دیگران در باره ی ظاهر خود خیلی زیاد نگران می شدند. در واقع در بین تمامی سوالات پرسشنامه این سوال بیشترین درصد خیلی زیاد را بخود اختصاص داده بود. این موضوع بیانگر تاثیر نظر افراد روی ظاهر نوجوان و یا به عبارتی حساسیت دوران نوجوانی و مورد قبول بودن در جامعه می باشد. N agarajappa و همکاران (۲۰۱۴) نشان دادند که مال اکلوژن می تواند حتی روی موقعیت شغلی افراد اثر بگذارد(۲۴). در این پژوهش میانگین نمره ی کل پرسشنامه۱۰,۰۵ ± ۱۷,۳۰ از ۶۶ بود که بیانگر کیفیت زندگی مرتبط با ارتودنسی بالا می باشد.

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-01-30]

[DOI: 10.29252/ijpd.12.2.13]

جدول ۳- ارتباط بین نمره پرسشنامه با متغیرهای مورد بررسی

حیطه	مدل	Beta	P value
نمره کل پرسشنامه	سن	۰,۱۲۱	۰,۲۷۶
	کلاس	-۰,۰۰۵	۰,۹۶۳
	اکلوژن	۰,۰۴۰	۰,۶۵۲
	کرادینگ	-۰,۰۸۳	۰,۴۰۵
	کراس بایت	۰,۰۷۱	۰,۳۹۱
	تمایل به ارتودنسی	۰,۲۳۸	*۰,۰۰۷
حیطه ی اجتماعی	سن	۰,۰۷۳	۰,۴۸۳
	کلاس	۰,۰۱۳	۰,۸۹۸
	اکلوژن	۰,۱۱۳	۰,۱۷۸
	کرادینگ	۰,۰۰۹	۰,۹۲۸
	کراس بایت	۰,۰۳۹	۰,۶۲۰
	تمایل به ارتودنسی	۰,۱۴۳	۰,۰۹۳
حیطه ی زیبایی	سن	۰,۱۳۲	۰,۱۸۵
	کلاس	-۰,۱۲۳	۰,۲۲۳
	اکلوژن	-۰,۰۰۸	۰,۹۲۹
	کرادینگ	-۰,۰۸۲	۰,۳۹۱
	کراس بایت	۰,۰۳۴	۰,۶۵۳
	تمایل به ارتودنسی	۰,۲۲۳	*۰,۰۰۴
حیطه ی عملکرد دهانی	سن	۰,۱۵۳	۰,۱۲۴
	کلاس	۰,۲۴۵	*۰,۰۱۵
	اکلوژن	-۰,۰۷۹	۰,۳۲۷
	کرادینگ	-۰,۱۱۰	۰,۲۳۹
	کراس بایت	۰,۰۱۴	۰,۸۵۲
	تمایل به ارتودنسی	۰,۱۳۰	۰,۱۱
حیطه ی دانش	سن	۰,۱۵۱	۰,۱۴۴
	کلاس	۰,۰۹۴	۰,۳۶۱
	اکلوژن	-۰,۰۱۰	۰,۹۰۲
	کرادینگ	-۰,۱۰۵	۰,۲۶۵
	کراس بایت	۰,۰۶۲	۰,۴۲۱
	تمایل به ارتودنسی	۰,۲۴۲	*۰,۰۰۳

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-01-30]

[DOI: 10.29252/ijpd.12.2.13]

نتایج تحقیق Nagalakshmi و همکاران (۲۰۱٤) که روی تأثیر درمان دیاستم بر شاخص کیفیت زندگی مرتبط با ارتودنسی (OQLQ)، 8/32 گزارش شد که بیانگر کیفیت زندگی مرتبط با ارتودنسی پایین در مطالعه باشد که با مطالعه ی کنونی مطابقت ندارد (۲۵). علت تفاوت می تواند این باشد که در مطالعه‌ی Nagalakshmi فقط مشکل دیاستم بررسی شده بود که میتواند این امر روی کیفیت زندگی تاثیر بیشتری گذاشته است. در مطالعه ی Kavin و همکاران نمره ی OQLQ در افراد متقاضی درمان استئوتومی قدام ماگزیلا قبل از درمان بین ٦۹-۲۹ از ۸۸ بود (۲٦). علت این تفاوت می تواند سن افراد و همچنین نوع مشکل ارتودنسی مورد بررسی در مطالعه Kavin باشد. در این مطالعه بین تمایل به درمان ارتودنسی با میانگین نمره ی پرسشنامه ارتباط آماری معنی دار مشاهده شد. نشان داده شده است که دفرمیتی های دندانی-صورتی روی جنبه های گوناگونی از زندگی افراد از جمله وضعیت روحی، اجتماعی و جسمی اثر میگذارد که می تواند آسیب عمیقی روی کیفیت زندگی افراد ایجاد نماید (۳۰-۲۷). در مطالعه‌ی Hassan و همکاران (۲۰۱٤) روی کودکان عربستان سعودی مال اکلوژن روی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان (OHRQoL) تأثیر داشت (۱۲). در این مطالعه بین تمایل به درمان ارتودنسی با نمره‌ی کیفیت زندگی مرتبط با ارتودنسی در تمام حیطه ها به جز عملکرد دهانی ارتباط معنی دار داشت. در مطالعه مومنی دانایی و همکاران نیز ارتباط آماری معنی داری بین تمایل فردی افراد برای ارتودنسی و حیطه زیبایی-دندانی صورتی مشاهده شد (۲۲). در تحقیق Bortoluzzi و همکاران (۲۰۱۱) که به منظور بومی سازی پرسشنامه ی OQOL انجام شد نشان دادند که در افرادی که دفرمیتی های دندانی صورتی دارند، زیبایی صورت مهمترین حیطه تأثیر گذار روی کیفیت زندگی افراد بود (۲۱). Miguel و همکاران در بررسی کیفیت زندگی در بیماران با جراحی ارتوگناتیک نشان داد که درمان ارتودنتیک همراه با جراحی نه تنها برای درمان زیبایی وفانکشن دفورمیتی های دندانی صورتی است بلکه درنظر گرفتن عوامل سایکولوژیک بیماران نیز می باشد (۳۱). در تحقیق Pabari و همکاران تمایل به صاف کردن دندانها برای بهبود نمای لبخند، مهمترین عامل انگیزشی بیماران ٦٤-۱۸ ساله برای درمان ارتودنسی بود (۳۲). در مطالعه‌ای درک فرد از ظاهر خود به عنوان عامل انگیزش اصلی مطرح شده است(۳۳).

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-01-30]

[DOI: 10.29252/ijpd.12.2.13]

بر اساس نتایج حاصل از این مطالعه به طور معنی داری کسانی که تمایل به درمان ارتودنسی داشتند نمره بالاتری (کیفیت بدتر) داشتند. نتایج با مطالعه مومنی دانایی مطابقت دارد (۲۲). Murphy و همکاران (۲۰۱۱) در بررسی کیفیت زندگی بیماران تحت درمان جراحی ارتوگناتیک با استفاده از پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با ارتودنسی، بهبودی معنی داری در تمام حیطه های پرسشنامه بعد از درمان را نشان دادند و ۹۳٪ بیماران بهبودی متوسط و بالایی را در ظاهر خود گزارش کردند (۳٤). Choi و همکاران (۲۰۱۰) کیفیت زندگی افراد را با استفاده از پرسشنامه های SF-36، OHIP-14 و OQOL بررسی و نتایج این مطالعه نشان داد که به طور معنی داری OHIP-14 و OQOL در جریان درمان و نسبت به زمان قبل از درمان بهبود یافته بود (۳۵). بنابراین در کودکانی که دارای مشکلات دندانی–فکی هستند درمان انها می تواند سبب تقویت اعتماد به نفس آنها با اصلاح ظاهر و افزایش کیفیت زندگی، بهبود کیفیت زندگی صورت گیرد. در مطالعه ی کنونی ۳۵٫۱٪ افراد در پاسخ به " من در کارهای اجتماعی اعتماد به نفس ندارم" پاسخ زیاد و خیلی زیاد را داده اند. در واقع نتیجه ی درمان ارتودنسی فراتر از اصلاح عملکرد دهانی بوده است. عملکرد دهانی با سال تحصیلی دانش آموزان ارتباط معنی دار داشت. دانش آموزان سال بالاتر نمره ی بیشتری داشتند. یعنی کیفیت زندگی بدتری در این حیطه داشتند. این موضوع بیانگر این است که دانش آموزان سال بالاتر احاطه ی بیشتری نسبت به فانکشن و مشکلات ناشی از آن داشته است. در پژوهش حاضر افرادی که اکلوژن کلاس ۳ داشتند به طور معنی داری کیفیت زندگی بدتری داشتند. بنظر می رسد که این نوع اکلوژن که ظاهر نامناسب تری ایجاد میکند توانسته روی کیفیت زندگی تاثیر بگذارد. بنظر می رسد انتظارات بیماران بطور قابل ملاحظه ای متفاوت از ارتودنتیست ها و جراحان فک و صورت است، که بایستی قبل از انجام هردرمانی مد نظر قرار بگیرد (۳٦).

نتیجه‌گیری:

نتایج این مطالعه نشان داد که کیفیت زندگی مرتبط با ارتودنسی در دانش آموزان دختر دوره اول دبیرستان بالا می باشد. نوع اکلوژن روی کیفیت زندگی مرتبط با ارتودنسی تاثیر داشت. تمایل به درمان ارتودنسی تأثیر معنی داری روی کیفیت زندگی مرتبط با ارتودنسی می گذارد.

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-01-30]

[DOI: 10.29252/ijpd.12.2.13]

References

1. Naito M, Yuasa H, Nomura Y, et al. Oral health status and health-related quality of life: a systematic review. J of oral Science 2006; 48(1):1-7.

2. Klages u, Bruckner A, Zentner A. Dental aesthetics, Self-awareness, and oral health aesthetics, related quality of life in young adults. Eur J of Orthodon 2004; 26(5): 507-14.

3. Gift HC, Redford M. Oral health and the quality of life, Clin in Ger Med. 1992 Aug;8(3):673-83.

4. Slade GD.Derivation and validation of a short-form oral health impact profile.Community Dent Oral Epideiol1997;25:248-90.

5. Bedi R, Gulati N, McGrath C. A study of satisfaction with dental services among adults in the United Kingdom. Br Dent J. 2005 Apr 9;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 Orthod. 1981 Apr;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 J Pediat Dent. 2006 Nov; 16(6):381-7.

8. Giddon DB. Orthodontic applications of psychological and perceptual studies of facial esthetics. Semin Orthod 1995;1:82-93.

9. Varela M, García-Camba JE. Impact of orthodontics on the psychologic profile of adult patients: a prospective study. Am J Orthod Dentofacial Orthop 1995;108:142-8.

10. Chen M, Feng Z, Liu X, Li Z, Cai B, Wang D. Impact of malocclusion on oral health-related quality of life in young adults. Angle Orthod. 2014 ;85(6): 986-991.

11. Kang JM, Kang KH. Effect of malocclusion or orthodontic treatment on oral health-related quality of life in adults. Korean J Orthod. 2014 Nov;44(6):304-11.

12. Hassan AH, Hassan MH, Linjawi AI. Association of orthodontic treatment needs and oral health-related quality of life in Saudi children seeking orthodontic treatment. Patient Prefer Adherence. 2014 Nov 13;8:1571-9.

13. Manjith CM, Karnam SK, Manglam S, Praveen MN, Mathur A.Oral Health-Related Quality of Life (OHQoL) among adolescents seeking orthodontic treatment. J Contemp Dent Pract. 2012 May 1;13(3):294-8.

14. Feu D, de Oliveira BH, de Oliveira Almeida MA, Kiyak HA, Miguel JA. Oral health-related quality of life and orthodontic treatment seeking. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2010 Aug;138(2):152-9.

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-01-30]

[DOI: 10.29252/ijpd.12.2.13]

15. Feu D, Oliveira BH, Celeste RK, Miguel JA.Influence of orthodontic treatment on adolescents' self-perceptions of esthetics. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2012 Jun;141(6):743-50.

16. Johal A, Alyaqoobi I, Patel R, Cox S. The impact of orthodontic treatment on quality of life and self-esteem in adult patients. Eur J Orthod. 2015 ;37(3):233-7.

17. Cunningham SJ, Hunt NP. Quality of life and its importance in orthodontics. J Orthod. 2001;28:152–158.

18. Ahmed B, Gilthorpe MS, Bedi R. Agreement between normative and perceived orthodontic need amongst deprived multiethnic school children in London. Clin Orthod Res. 2001;4:65–71.

19. de Oliveira CM, Sheiham A. Orthodontic treatment and its impact on oral health-related quality of life in Brazilian adolescents. J Orthod. 2004;31:20–27.

20. Benson PE, Da'as T, Johal A, Mandall NA, Williams AC, Baker SR, Marshman Z. Relationships between dental appearance, self-esteem, socio-economic status, and oral health-related quality of life in UK schoolchildren: A 3-year cohort study. Eur J Orthod. 2015;37(5):481-90.

21. Bortoluzzi MC, Manfro R, Soares IC, Presta AA. Cross-cultural adaptation of the orthognathic quality of life questionnaire (OQLQ) in a Brazilian sample of patients with dentofacial deformities. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2011 Aug 1;16 (5): e694-9.

22. Momeni Danaei S, Fijan S, Mohammadi N, Soleimanzadeh R. Assessment of the Reliability and Validity of the Farsi Translation of the "Orthognathic Quality of Life Questionnaire" in 10-14 Year-Olds in Shiraz. The Journal of Islamic Dental Association of IRAN (JIDA) . 2013; 25 (4) :322-328

23. Silveira MF, Freire RS, Nepomuceno M.O, et al. Severity of malocclusion in adolescents: populational-based study in the north of Minas Gerais, Brazil. Rev Saúde Pública 2016 ;Aug;50(11):473-

24. Nagarajappa R, Ramesh G, Sandesh N, Lingesha RT, Hussain MA. Impact of fixed orthodontic appliances on quality of life among adolescents' in India. J Clin Exp Dent. 2014 Oct 1;6(4):e389-94.

25. Nagalakshmi S, Sathish R, Priya K, Dhayanithi D. Changes in quality of life during orthodontic correction of midline diastema. J Pharm Bioallied Sci. Jul 2014; 6(Suppl 1): S162–S164

26. Kavin T, Jagadesan AG, Venkataraman SS.Changes in quality of life and impact on patients' perception of esthetics after orthognathic surgery. J Pharm Bioallied Sci. 2012 Aug;4(Suppl 2):S290-3.

27. 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;28:195-201

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-01-30]

[DOI: 10.29252/ijpd.12.2.13]

28. Al-Ahmad HT, Al-Sa'di WS, Al-Omari IK, Al-Bitar ZB. Condition-specific quality of life in Jordanian patients with dentofacial deformities: a comparison of generic and disease-specific measures. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2009;107:49-55.

29. 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;30:81-90.

30. Modig M, Andersson L, Wårdh I. Patients' perception of improvement after orthognathic surgery: pilot study. Br J Oral Maxillofac Surg. 2006;44:24-7.

31. Miguel J.A.M, Palomares N.B, Feu D. Life-quality of orthognathic surgery patients: The search for an integral diagnosis. Dental Press J Orthod. 2014 Jan-Feb;19(1):123-37

32. Pabari S, Moles DR, Cunningham SJ. Assessment of motivation and psychologic characteristics of adult orthodontic patients. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2011 Dec; 140)6):263-72

33. Sergl HG, Zentner A. Study of psychosocial aspects of adult orthodontic treatment. Int J Adult Orthod Orthognath Surg. 1997;12(1):17-22.

34. Murphy C, Kearns G, Sleeman D, Cronin M, Allen PF.The clinical relevance of orthognathic surgery on quality of life. Int J Oral Maxillofac Surg. 2011 Sep;40(9):926-30.

35. Choi WS, Lee S, McGrath C, Samman N. Change in quality of life after combined orthodontic-surgical treatment of dentofacial deformities. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2010 Jan;109(1):46-51.

36. Alanko OM, Svedstrom-Oristo AL, Tuomisto MT. Patients' perceptions of orthognathic treatment, well-being, and psychological or psychiatric status: a systematic review. Acta Odontol Scand. 2010;68(5):249-260

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-01-30]

[DOI: 10.29252/ijpd.12.2.13]